



**TESIS UANCV**



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA  
DE MEMBRANAS EN EL CENTRO DE SALUD  
ZAMÁCOLA AREQUIPA – 2017**

**PRESENTADO POR  
JUANA LOURDES PEZO FLORES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS**

**JULIACA– PERÚ**

**2018**



**UNIVERSIDAD ANDINA  
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA**

**DE MEMBRANAS EN EL CENTRO DE SALUD**

**ZAMÁCOLA AREQUIPA – 2017**

**PRESENTADO POR**

**JUANA LOURDES PEZO FLORES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS  
OBSTÉTRICAS**

**APROBADO POR EL JURADO:**

**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**OBDULIO COLLANTES MENIS**

**PRIMER MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**

**SEGUNDO MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**AIDEE ZURITA MARTINEZ**





## "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 098-2018-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 25 de Junio del 2018

**VISTOS:**

Las solicitudes presentadas por los egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, los egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; solicitaron el sorteo de jurados y fijación de fecha para la **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO**, requisito para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo Nº 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad, establece la modalidad de sustentación de trabajo académico, para optar el Título;

Que, los Artículos N 12 al Nº 25 el reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO**; y,

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "h" el artículo 15 e Reglamento General de la Escuela de Postgrado, y el Art. 228 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- NOMBRAR** a los miembros de Jurado que calificarán la **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO** a los Egresado del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el artículo segundo de la presente resolución, siendo los jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dr.	OBDULIO COLLANTES MENIS
Primer Miembro	:	MSc.	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Segundo Miembro	:	Mgtr.	AIDEE ZURITA MARTINEZ

**SEGUNDO.- DETERMINAR**, que la **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Programa	:	<b>SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO</b> a los Egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en <b>ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS</b> , de la Sede Central Juliaca, de la <b>Escuela de Posgrado</b> de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca
----------	---	---

Fecha	:	Miércoles 27 de Junio del 2018
Hora	:	10: 00 am.
Local	:	Aula Nº 207 - Escuela de Posgrado –UANCV-Juliaca



## "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



### PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

N°	N° EXP.	APELLIDOS Y NOMBRES	SEP	SEDE CENTRAL/ SUB SEDES
01	9914	PEZO FLORES JUANA	AREO	AREQUIPA
02	8785	FERNANDEZ APAZA SONIA MARILIN	AREO	AREQUIPA
03	11684	CASTRO HUAYAPA MARISOL FRANCISCA	AREO	AREQUIPA
04	11973	PORTILLA MEDINA MARIA TERESA	AREO	AREQUIPA
05	10342	HUANCA HUILLCA NAZARIA	AREO	CUSCO

A cuya finalización el jurado registra el resultado en el Libro de Actas.

**TERCERO.- AUTORIZAR** la difusión de la presente resolución a Coordinación General de Programas de Segunda Especialidad Profesional e Interesados.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

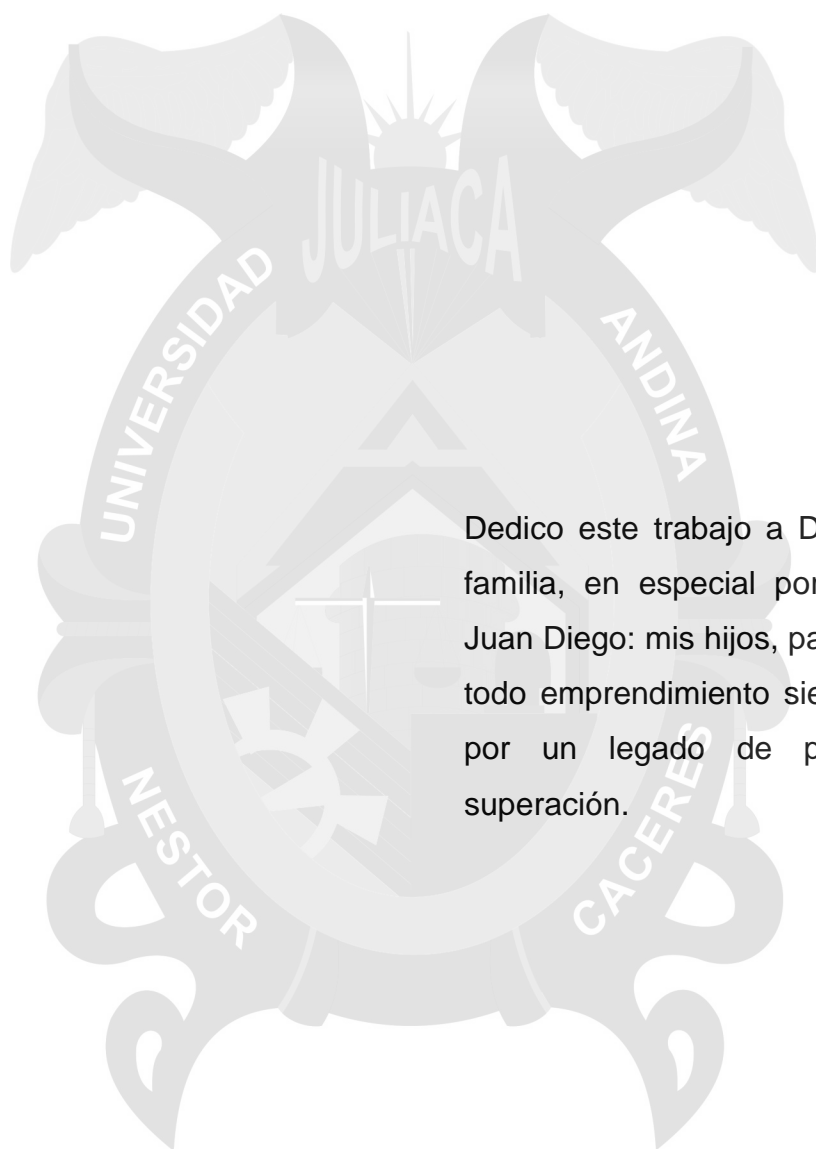


UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
ESCUELA DE POSGRADO  
.....  
Dr. Cr. GO. Obdulio Collantes Menis  
DIRECTOR



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
ESCUELA DE POSGRADO  
.....  
M. Sc. Efraín Aguilar  
SECRETARIO ACADÉMICO





Dedico este trabajo a Dios y a mi familia, en especial por Valeria y Juan Diego: mis hijos, para quienes todo emprendimiento siempre será por un legado de permanente superación.



Agradezco a la Universidad "Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca y al Centro de Salud Zamácola por permitir la realización del presente estudio.

Al personal docente por su constante motivación y empeño para la superación de las Obstetras.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	i
INTRODUCCIÓN .....	iii

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES DE TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DE INFORME TRABAJO ACADÉMICO .....	1
1.1.1. Institución donde se ejecuta.....	1
1.1.2. Duración.....	1
1.1.3. Responsable.....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO .....	3
1.4. OBJETIVOS .....	4
1.1.1. Objetivo general.....	4
1.1.2. Objetivos específicos.....	4

### CAPÍTULO II

#### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. BASES TEÓRICAS .....	5
2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	16



## CAPÍTULO III

### PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN.....	19
3.1.1. Tipo de investigación.....	19
3.1.2. Población.....	19
3.1.3. Muestra.....	19
3.1.4. Criterios de inclusión.....	20
3.1.5. Criterio de exclusión.....	20
3.1.6. Técnicas, instrumentos y fuentes en la recolección de datos.....	20
3.2. EJECUCIÓN .....	21
3.2.1. Operacionalización de variables.....	21
3.3. RESULTADOS.....	22
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	



## INTRODUCCIÓN

Parece extenderse entre las gestantes una tendencia cada vez más frecuente de restar importancia a los factores que ocasionan ruptura prematura de membranas durante el proceso de la evolución del embarazo.

Trataré de establecer los factores que con frecuencia acuden al servicio de sala de partos del Centro de Salud Zamácola. Pondré énfasis especial en los de mayor impacto que ocasionan esta patología.

"Ruptura prematura de membranas (RPM) es toda aquella perdida de líquido amniótico que se producen antes de las contracciones uterinas del trabajo de parto, que se puede presentar independientemente de la edad gestacional". (López-Osma, 2006). (31)

"Suele ser un componente normal de la evolución del trabajo de parto y del parto mismo, la incidencia de RPM es variable, pudiendo constituir en muchos de los casos una complicación obstétrica mayor; cuando sucede antes de las 37 semanas, se asocia con mortalidad perinatal alta por la prematuridad, si ocurre cerca del termino las complicaciones fetales disminuyen significativamente, pero la madre aún enfrenta el riesgo de infección y los riesgos asociados a parto abdominal". (López-Osma, 2006). (31).

"El tratamiento y la prevención deberán ser enfocados a obtener fetos saludables, y a un adecuado manejo de complicaciones. (Banco de información, p.13). (2)

Esta investigación se va a realizar para determinar los factores que influyen para que se de esta patología. En todas las gestantes que acudieron a sala de partos en el Centro de Salud Zamácola en el primer trimestre del año 2017.

La información fue recolectada mediante la técnica de revisión documental de Historias Clínicas, el instrumento utilizado para registrar los datos fue una ficha diseñada que incluye cada factor para RPM .

El análisis de los resultados es presentado en cuadros de distribución de frecuencia, los que han sido interpretados y analizados con otras realidades locales, nacionales e internacionales.

El Trabajo Académico fue abordado en tres capítulos:

Capítulo I. Aspectos generales del trabajo académico. Expondremos la realidad sobre el problema planteado y cuáles son los objetivos que queremos alcanzar al término del Trabajo Académico.

Capítulo II. Fundamentación teórica. Presentaremos las bases teóricas que permitieron fundamentar la realización de este trabajo.

Capítulo III. Planificación, ejecución y resultados. Se darán a conocer los resultados y conclusiones obtenidas a través del uso de tablas y gráficos.

Finalmente, se señalan las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO**

#### **1.1. TÍTULO DEL INFORME DE TRABAJO ACADÉMICO**

Factores que influyen en la ruptura prematura de membranas en el Centro de Salud Zamácola de enero a marzo del 2017.

##### **1.1.3. Institución donde se ejecuta**

Centro de Salud Zamácola-Arequipa

##### **1.1.4. Duración**

Enero-Marzo 2017

##### **1.1.5. Responsable**

Juana Lourdes Pezo Flores

## 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Centro de Salud Zamácola del Ministerio de Salud de la ciudad de Arequipa, es un establecimiento de 24 horas, catalogado como FONB (Función Obstétrica Neonatal categoría B), atiende partos fisiológicos.

En el año 2017 se atendieron 1200 partos, de los cuales un promedio considerable tuvo ruptura prematura de membranas antes que se iniciara el trabajo de parto y llegaran a embarazo a término, por lo que las pacientes tuvieron que ser referidas a un nivel de atención de mayor complejidad, catalogado como FONE ( Función Obstétrica Neonatal con Especialidad) para evitar complicaciones para la madre y el feto, incrementando el número de referencias y saturando la capacidad de atención a este nivel.

Es necesidad ver los factores, que influyen para prevenir esta patología, y evitar que se desarrolle esta complicación en el embarazo para lograr partos eutócicos a término y sin complicaciones.

“Se tiene como frecuencia que como complicación obstétrica ocurre en Europa el 5 al 9%. Estados Unidos 12 al 13%. En América Latina 12 al 15 %(3). En Perú se tiene la referencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud su frecuencia es 7%. (Távora, 2014, p.1239).

(3)



La factibilidad está dada por la demanda de gestantes que asisten para la atención de parto al centro de salud, con esta patología.

Frente a esta problemática nos planteamos la siguiente pregunta:

*¿Cuáles son los Factores que influyen en la ruptura prematura de membranas en el Centro de Salud Zamácola?*

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El presente trabajo de campo, es importante realizar esta actividad para establecer los factores de riesgo que contribuyen para la frecuencia de ruptura prematura de membranas en las gestantes que acuden al Centro de Salud Zamácola Maritza Campos Díaz.

“El aporte que se desea lograr es la prevención de esta patología, que pone en riesgo la salud de gestante y el producto de la concepción. Analizando la probabilidad de evitar que ocurra un daño mayor”. (Jinchuña, 2015). (4)

Para contribuir a la sociedad en la prevención a las futuras gestantes con un mayor conocimiento y disminuir los indicadores de mortalidad materna. “Que es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la inequidad, la exclusión social, y permite evidenciar el grado de organización y accesibilidad a los servicios de salud. Refleja también la

inequidad de género para la toma de decisiones, el respeto a los derechos humanos y el acceso a los servicios sociales". (Hallasi, 2015). (6)

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Conocer los Factores que influyen en la ruptura prematura de membranas en las gestantes del Centro de Salud Zamácola durante el primer trimestre del 2017.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar los factores sociodemográficos que influyen en la ruptura prematura de membranas.
- Identificar el factor obstétrico que influye en la ruptura prematura de membranas en gestantes.
- Establecer el factor ginecológico que influye en la ruptura prematura de membranas en gestantes.
- Señalar el tiempo de gestación y la vía de terminación del embarazo de las gestantes que acuden con ruptura prematura de membranas.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 2.1. BASES TEÓRICAS

“La rotura prematura de membranas (RPM) es una complicación obstétrica que se define como la rotura espontánea del corioamnios antes del inicio del parto. Es un suceso súbito, inesperado, en el que ocurren muchos mecanismos bioquímicos y mecánicos”. (Távora, 2014). (1)

En aproximadamente 8 a 10% de los embarazos a término, las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no es inducido, 60 a 70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo dentro de las 24 horas y cerca de 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 horas. El diagnóstico de RPM es fundamental y no siempre sencillo.

La confirmación se obtiene al visualizar la salida de líquido amniótico al examen con espéculo. Una cantidad menor de líquido puede ser orina,

moco cervical o líquido amniótico y para discernir de cuál se trata, se dispone de diversas técnicas, entre las que se describe la cristalización de líquido amniótico en hojas de helecho, el análisis de pH vaginal y la identificación de células naranja a la tinción con sulfato de azul de nilo.

Sin duda, uno de los principales problemas en el manejo de estas pacientes es decidir la conducta a seguir, pudiendo ser conservadora y esperar que el parto se produzca en forma espontánea, o buscar que este se inicie mediante alguna técnica de inducción, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y feto. La toma de decisión va a influir en el resultado final de la vía de parto.

“El problema se presenta cuando la rotura de membrana ocurre en pacientes con embarazo a término, pero con un cuello no favorable para la inducción. En este caso, la inducción puede resultar en un parto difícil, con incremento de los riesgos de corioamnionitis y de parto por cesárea. Por esto, parece razonable guardar un período de expectación en espera del trabajo de parto espontáneo (manejo expectante o conservador), dado que este suele presentarse poco tiempo después de rotas las membranas, con mínimo riesgo de infección”. (Muñoz, 2010).

“El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (Acog), en una revisión realizada el 2007, recomienda el manejo activo de las gestantes a término con RPM, evidenciándose una disminución de la morbilidad materna y neonatal. Se describe el manejo activo con oxitocina al 1% en



infusión y el uso de misoprostol, con resultados similares en ambos manejos y no influyendo en el número de cesáreas. Un parto abdominal incrementa la morbilidad de la gestante con antecedente de RPM; por tal motivo, es importante determinar los factores asociados a una cesárea en esta población obstétrica. (Muñoz, 2010). (2)

### **2.1.1. Aspectos fisiopatológicos**

Las membranas ovulares se forman por la oposición del amnios y del corion. El amnios está formado por un epitelio que mira hacia la cavidad amniótica, que es una capa compacta responsable de la fuerza del mismo y una capa esponjosa que lo separa del corion. El corion contiene varias capas de colágeno que en su mayoría, están muy unidas a la decidua capsular. Debido a su contenido de elastina, las membranas ovulares tienen la capacidad de adaptarse a las deformaciones con una recuperación rápida de su estado original, lo que les permite permanecer indemnes a pesar de los movimientos maternos y fetales.

“En la RPM existe una debilidad local de las membranas por una infección ascendente, que frecuentemente es subclínica, y que ha sido asociada con una disminución de las fibras de colágeno, una alteración de su patrón normal ondulado y a un depósito de material amorfo las fibras” (Bou-Resli et al, 1981).

En los casos de RPM, los microorganismos aislados en el líquido amniótico son similares a aquellos que normalmente se encuentran en el

tracto genital inferior y la invasión microbiana de la cavidad uterina puede debilitar las membranas por un efecto directo de las bacterias o indirectamente, por la activación de los mecanismos de defensa como los neutrófilos y los macrófagos.

“Cuando los microorganismos actúan en forma directa, producen enzimas que son capaces de degradar las proteínas, por lo que son llamadas proteasas. Entre estas enzimas se encuentra las colagenasas que degradan al colágeno contenido en la membrana y predisponen a la ruptura. Los microorganismos también pueden activar los macrófagos de la decidua, los cuales son la primera línea de defensa del huésped contra la infección y también activar la liberación de citoquinas, tales como las interleuquinas1, 6 y 8” (Cervillo, p.298). (5)

“Estas estimulan no solo la actividad de, sino también la producción de prostaglandinas que estimulan las contracciones uterinas que ocurre en el inicio del trabajo de parto. (Cervillo, p.298). (5)

### **2.1.2. Etiopatogenia**

“El diagnóstico es evidente por la hidrorrea. La vinculación se debe tener en cuenta las propiedades físicas de las membranas, contenido del colágeno en las mismas, los defectos de la composición de las membranas, la coroamnioitis aso como la presencia de microorganismos. Las contracciones uterinas y el stress, el coito y ciertas complicaciones obstétricas como los traumatismos (tactos vaginales repetidos), el

desprendimiento normoplacentario, las hemorragias, el meconio, así como el síndrome de exceso de volumen ovular polihidramnios, macrosomia gemelar, la hipertonía uterina y la falta de acomodación al estrecho superior, pueden ser causales de ruptura prematura de membranas. También el tabaco y el posible rol de los surfactantes pueden tener implicancia en la etiopatogenia de la RPM". (Vera, p.112).

Se agrega dentro de causas obstétricas, cirugías de cuello y curetajes anteriores a repetición. (6)

### **2.1.3. Síntomas**

"El principal síntoma de la RPM es el líquido que gotea de la vagina. Puede experimentar un chorro repentino de líquido o goteo constante y lento. Puede resultar difícil distinguir entre un goteo amniótico lento y la orina" (Jeffcoat, 2003).

La RPM también aumenta el riesgo de infección. Los síntomas incluyen fiebre superior a 38 grados centígrados y dolor abdominal a la palpación. (7)

### **2.1.4. Diagnóstico**

"Mediante examen pélvico y con la prueba del mismo líquido, utilizando el papel de nitrazina. El líquido cambia de color de verde amarillento a azul oscuro" (Jeffcoat, 2003).

“Extensión de un poco de líquido en lámina portaobjetos, se deja secar y se observa al microscopio, al secar toma forma de hojas de helecho” (Jeffcoat, 2003) (8).

Se evaluara temperatura en la madre y signos de infección. Se controlara al feto para ver signos de sufrimiento fetal. (7)

#### **2.1.5. Tratamiento**

El tratamiento de la RPM depende de la etapa del embarazo. Cuando este cerca a fecha probable de parto y debe ser a nivel hospitalario.

“Si fuera en forma prematura, se tratara de extender la gestación por la madures fetal. Se puede utilizar inyecciones de esteroides, tocolíticos, antibióticos y fármacos para inducir el parto si se desarrollan signos de infección o sufrimiento fetal” (Jeffcoat, 2003). (7).

#### **2.1.6. Prevención**

“Según las investigaciones actuales, las gestantes con infecciones bacterianas deben tratarse con antibióticos durante el segundo trimestre del embarazo. Las gestantes no deben fumar” (Cunninham, 2005). (8)

“Tener en cuenta que el diagnostico falso positivo de ruptura prematura de membranas pre término puede llevar a intervenciones obstétricas innecesarias, como hospitalización, administración de



antibióticos y corticosteroides e incluso a la inducción de labor de parto"

(Revista Médica, 2014). (9)

"La ruptura prematura de membranas es la principal causa identificable de prematuridad, responsable de alrededor del 20% de las muertes perinatales" (Cifuentes, 2007). (10)

"La bioseguridad es un factor importante de prevención para evitar la contaminación al momento de la evaluación de las gestantes al realizar el tacto vaginal. La infección resulta de la interacción entre un agente infeccioso, su proceso de transmisión y un huésped susceptible" (MINSA, 2014). (16).

## 2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### A nivel internacional

**Título:** "Factores de riesgo que se asocian a la ruptura prematura de las membranas ovulares en las gestantes atendidas en el Hospital Gineco-obstétrico Isabel María de Valdivia y Salas de la Provincia Sancti Spíritus"

**Autor:** NODARSE Y COL.

**Resumen:** "La muestra formada por un grupo de estudio con todos los casos con ruptura prematura de las membranas ovulares y un grupo control seleccionado al azar por cada estudio de las gestantes en pródromo de parto que ingresaron. Los resultados presentados fueron que las variables asociadas a la ruptura prematura de las membranas ovulares después del

análisis univariado. Aquellas variables que se determinaron como no significativas a riesgo fueron: edad materna, 4 partos o más (OR: 1,62; IC95%:0,03–2,72; valor p: 0,095), la anemia (OR: 2,23; IC95%:3,18–4,72; valor p:0,732), el asma bronquial (OR: 2,2; IC95%: 0,97 – 6,58; valor p:0,096), la diabetes materna (OR: 7,48; IC95%:1,68–2,36; valor p:0,124), neumonía (OR: 4,3; IC95%:0,82–3,32; valor p: 0,096), la infección urinaria (OR: 3,53; IC95%: 4,12–6,34; valor p: 0,436), la no fumadoras (OR: 2,74; IC95%:2,59-3,41; valor p:0,083), y la raza blanca (OR: 1,62; IC95%:0,03–2,72; valor p:0,095)" (Nodarse, 2008).

**Título:** "Factores de riesgo y su correlación en mujeres que se presentan con la ruptura prematura de membranas en un Hospital de tercer nivel en Mysore"

**Autor:** KARAT Y COL

**Resumen:** "La muestra fueron 150 pacientes casos que se presentaron con RPM a más de 31 semanas de gestación y 150 controles emparejados por edad, la edad gestacional y la paridad. Las tasas de RPM tienen una correlación positiva con las mujeres que residen en las zonas rurales y en las de estrato socioeconómico bajo. 58 casos (39%), en comparación con 22 controles (14%), tenían glóbulos blancos en el líquido vaginal indicando la presencia de infección del tracto genital. En general, 6% de los casos tenía infecciones del tracto urinario en el momento de la admisión, en comparación con 2% de los controles. Cerca de un tercio (n=56) de los casos reportaron tener coito durante la semana pasada, en comparación

con 49 controles. La detección de la Vaginosis Bacteriana y la presencia de E. Coli o S. Aureus se asociaron significativamente con la aparición de RPM. 5 mujeres con RPM informaron de una historia previa de RPM en comparación con sólo un control. Aunque 4 casos de estreptococo del grupo B y cuatro de P. mirabilis se detectaron, ninguno de los controles tenía infección. El análisis de regresión logística mostró una asociación positiva significativa entre el aumento de glóbulos blancos en el fluido vaginal. Curiosamente, la infección por Cándida fue un factor protector para RPM (un OR: 0,20; IC del 95%: 0,07- 0,5)" (Karat, 2008).

**Título:** "Factores sociodemográficos y gineco-obstétricos implicados en la rotura prematura de membranas fetales".

**Autor:** MORGAN ORTIZ F Y COL.

**Resumen:** "Entre sus hallazgos encontraron una prevalencia de rotura prematura de membranas de 8.9% (n=1,399) de 15,621 nacimientos. El promedio de la edad gestacional al momento de la rotura de membranas fue de 38.6 semanas en el grupo de casos vs 39.1 semanas en el control ( $p<0.05$ ). El 8.63% tuvo embarazo pretérmino (36 semanas con seis días o menos) siendo en el grupo control de 4.35%. El 1.08% tuvo Corioamnioitis. El antecedente de parto pretérmino se registró en 1.71% (n=24 de 1,399) de los casos vs 0.14%(n=2 de 1,379) de los controles" (Morgan, 2008).

### A nivel nacional

**Título:** "Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas pre término– lejos del término y su relación del tiempo de latencia con el resultado perinatal".

**Autor:** PAREDES G.

**Resumen:** "Dicho trabajo de investigación fue un estudio casos y controles, retrospectivo, de corte transversal, comparativo y observacional. De 79 casos (gestantes con RPM) y 158 controles (gestantes sin RPM), se encontró que el factor de riesgo parto pre término anterior fue estadísticamente significativo ( $p < 0.043$ ,  $OR = 3.16$ ), mientras que la infección intra-amniótica ( $p < 0.01$   $OR = 3.57$ ) y la infección cérvico–vaginal ( $p < 0.021$   $OR = 4.02$ ) fue altamente significativo; y el factor de riesgo con estadística muy altamente significativa fue la anemia gestacional ( $p < 0.005$   $OR = 3.65$ ). Mientras que las variables Vaginosis bacteriana, procedimientos invasivos, bajo índice de masa corporal pregestacional, anemia ferropenia, tabaquismo, y antecedente de RPM P previo no fueron significativos en el estudio ( $p > 0.05$ )" (Paredes, 2013).

**Título:** "Factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de RPM que fueron atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante el periodo enero- diciembre 2014".

**Autor:** LAGUNA J.

**Resumen:** "De estos el 62.4% corresponden a gestantes con RPM pretérmino y 37.6% con RPM a término. El 37.6% de las gestantes tiene alto riesgo por edad. Los factores de riesgo encontrados son: control



prenatal insuficiente 57.8%, infección cérvico-vaginal 42.2%, infección urinaria 31.2%, presentación fetal distinta a la cefálica 17.2%, antecedente de sangrado vaginal durante el embarazo anteparto 11%, RPM anterior y antecedente de más de un aborto 7.3%, gestación múltiple 3.7%, peso bajo 0.9%. Se encontró un solo caso de polihidramnios e incompetencia cervical, así como una gestante con diagnóstico de anomalía fetal (atresia duodenal más trasposición de grandes vasos). El 39.4% fueron primigestas, el 28.4% segundigestas, el 32.1% multigestas; el 60.6% fueron nulíparas y el 39.4% ha tenido al menos un parto; el 92.7% no tenía antecedente de RPM. El 66,7% de los nacidos de estas gestantes con RPM fueron de sexo masculino" (Laguna, 2015).

**Título:** "Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012".

**Autor:** YBASET AJ. Y COL.

**Resumen:** "Dicho estudio fue de diseño casos y controles no pareado, siendo la población conformada por 1965 gestantes, de los cuales 96 fueron diagnosticados como RPM mayor a 22 semanas de gestación, siendo estos los casos y los controles el doble de los casos (192), seleccionándose los controles con muestreo aleatorio simple. Para identificar los factores de riesgo se calcularon los OddsRatio (OR) con un intervalo de confianza al 95% de confiabilidad y nivel de significancia  $p < 0,05$ . A su vez determinaron como factores de riesgo relacionados al RPM: Infección vaginal (OR=13); obesidad (OR=3); infección del tracto

urinario (OR =2,56); gran múltipara (OR=2,10); Hemoglobina entre 9, 9-7,1gr/dl (OR=2) y presentado una asociación más débil con el RPM el grupo de las nulíparas con un OR=1,9. Concluyendo que existen factores de riesgo asociados al RPM que pueden ser modificables" (Ybasetaj, 2012).

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **RPM**

"ruptura prematura de membranas Se refiere a pérdida de líquido Amniótico por vagina antes del inicio de parto" (MINSA, 2004). (15)

- **FONP**

Funciones Obstétricas Neonatales Primarias

- **FONB**

Funciones Obstétricas Neonatales Básicas

- **FONE**

Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales

- **Agente de bioseguridad**

(Primer eslabón) puede ser bacteriano, viral, micótico o parasitario.

- **Reservorio y fuente**

(Segundo eslabón) todos los organismos tienen reservorios y fuente, es decir el lugar donde el organismo mantiene presencia, se metaboliza y

se multiplica y el lugar desde el cual el agente infeccioso pasa al huésped.

- **Puerta de salida**

(Tercer eslabón) las principales puertas de salida del agente infeccioso.

- **Transmisión y puerta de entrada**

(Cuarto y quinto eslabón) la transmisión se da cuando el agente alcanza la puerta de entrada de un huésped susceptible. Además de las puertas de entrada fisiológicas, debemos añadir nuevas puertas que abrimos en el paciente al someterlo a maniobras invasivas.

- **Huésped**

(Sexto eslabón) es el lugar donde el agente produce sus efectos para introducir la infección, siendo el más importante de los factores condicionantes, su susceptibilidad.

- **Prevención y control de infecciones**

“Una vez evaluado los resultados de la vigilancia se podrán tomar acciones para prevenir o controlar las infecciones” (MINSA, 2004). (16)

- **ITU**

Infección del Tracto Urinario.

- **Atención prenatal reenfocada**

“Es la vigilancia, evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal” (MINSA, 2013). (17)

- **Consideraciones para la referencia**

Establecer la presunción diagnóstica, estabilizar e iniciar tratamiento. Informar a la paciente y a la familia, el motivo de la referencia a un establecimiento con mayor capacidad resolutive. Establecer comunicación con el centro de referencia. Referir con el personal más capacitado. Mantener la permeabilidad de la vía aérea y endovenosa.

## CAPÍTULO III

### PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

#### 3.1. PLANIFICACIÓN

##### 3.1.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo.

##### 3.1.2. Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron al Centro de Salud Zamácola por diferentes patologías durante el primer trimestre del 2017, siendo un total de **107 atenciones**.

##### 3.1.3. Muestra

Total de gestantes que tuvieron el diagnóstico de ruptura prematura de membranas y que fueron atendidas en el Centro de Salud Zamácola-Arequipa, durante el primer trimestre del 2017, siendo un total de **31 casos**.



#### **3.1.4. Criterios de inclusión**

- Gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas atendidas en el Centro de Salud Zamácola.

#### **3.1.5. Criterio de exclusión**

- Gestantes atendidas con otros diagnósticos patológicos.

#### **3.1.6. Técnicas, instrumentos y fuentes en la recolección de datos**

- **Técnicas**

Revisión documental del libro de registro de referencias.

Revisión documental de las historias clínicas.

- **Instrumento**

Ficha de recolección de datos

### 3.2. EJECUCIÓN

#### 3.2.1. Operacionalización de variables

**MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variables	Dimensión	Indicador
1.Variable independiente: Factores que influyen en la ruptura prematura de membranas	1.1. Factores socio-demográficos	1.1.1.Edad
	1.2. Factores ginecológicos	1.2.1. Antecedente de infección urinaria
		1.2.2. Antecedente de flujo vaginal
	1.3 Factores obstétricos	1.3.1. Nro. de tactos vaginales
2.Variable dependiente: ruptura prematura de membranas	2.1 Terminación de la ruptura prematura de membranas	2.1.1. Vía de nacimiento
		2.1.2. Edad gestacional

### 3.3. RESULTADOS

**CUADRO 1**

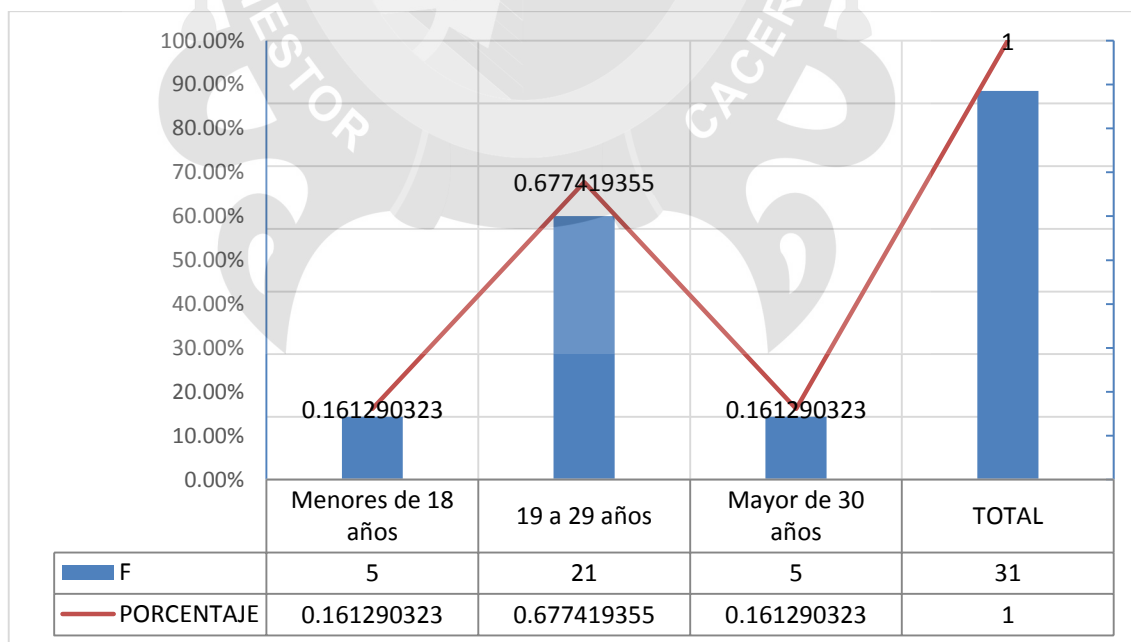
**GRUPO ETÁREO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN  
EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA**

GRUPO ETAREO	F	PORCENTAJE
Menores de 18 años	5	16.13%
19 a 29 años	21	67.74%
Mayor de 30 años	5	16.13%
TOTAL	31	100%

Fuente: Registro de Referencias - Servicio de Obstetricia - C.S. Zamácola

**GRÁFICO 1**

**GRUPO ETÁREO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN  
EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA**



En el **cuadro y gráfico 1** se observa que las gestantes con RPM que acudieron a tópico de sala de partos del servicio de obstetricia del Centro de Salud Zamácola en el primer trimestre del año 2017 fueron en su totalidad 31 pacientes, de las cuales 21 tienen entre 19 a 29 años de edad, que representa el 67.74%. Coincidiendo las menores de 18 años y mayores de 30 en 5 que representa el 16.13%.

El factor edad es uno de los determinantes en la salud, donde el 67.74% de las gestantes que acudieron con RPM se encuentran entre las edades de 19 a 29 años de edad, según la OMS es en esta población de mujeres sexualmente activa.

Nuestro resultado se aproxima al encontrado por Chamy y Colaboradores 2009, en un trabajo de investigación en Chile "Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas", donde menciona que la edad materna promedio es de 19 a 29 años y 16% en las mayores de 30 años. (18)

Respecto al porcentaje en adolescentes se encuentra similar al encontrado por Díaz y Colaboradores 2002 en el trabajo de investigación en Santiago de Chile "Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente"7 al 17%. (19).

## CUADRO 2

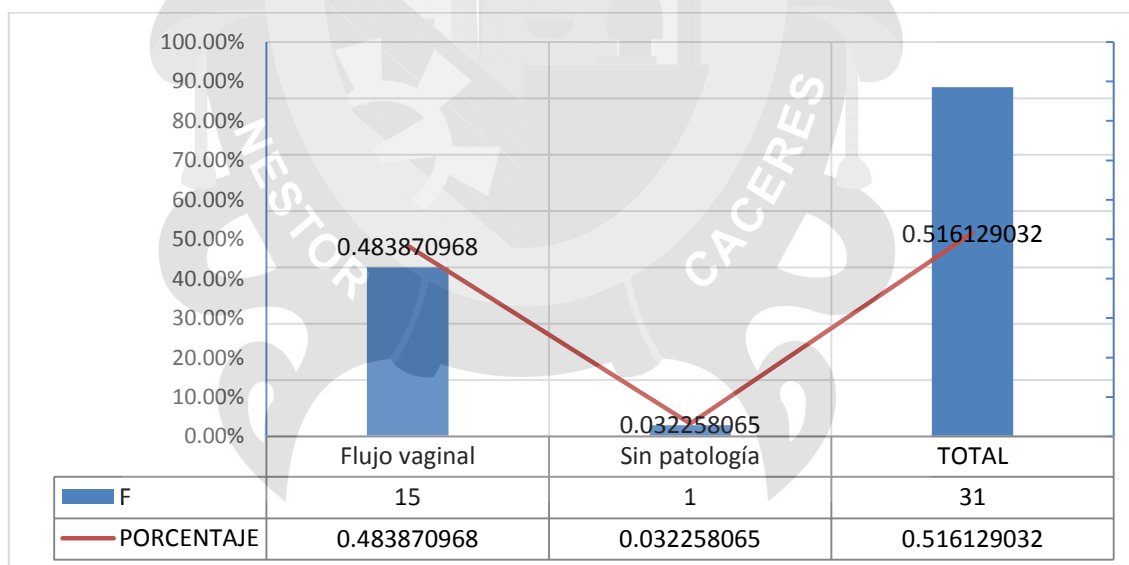
### FLUJO VAGINAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA

FLUJO VAGINAL	F	PORCENTAJE
Flujo vaginal	15	48.39%
Sin patología	1	3.23%
TOTAL	31	52%

Fuente: Registro de Referencias - H.C. Archivo - C.S. Zamácola

## GRÁFICO 2

### FLUJO VAGINAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA





Respecto al cuadro y gráfico **2**, se observa que las gestantes con RPM que acudieron a tópico de sala de partos del servicio de obstetricia del Centro de Salud Zamácola en el primer trimestre del año 2017 fueron en su totalidad 31 pacientes, de las cuales 10 presentaron Flujo Vaginal, que representa el 32,26%. Coincidiendo con el factor de ITU y ambas patologías 32.26%. Sin patología solo 1, que representa el 3%.

Este resultado es mayor al encontrado en Chile en el estudio Riesgos Obstétricos y Perinatales realizado por Díaz y Colaboradores en 2002 que fue de 20%. (20). Y es menos que el encontrado por Salazar Navarro, donde ITU fue de un 40% , infecciones vaginales 34% en "Factores de Riesgo Asociados a RPM" , Nicaragua 2014.(21). Lo que corrobora Lugones Botell y Ramírez Bermúdez en "Rotura Prematura de Membranas, Atención Primaria de Salud". Cuba 2010. Donde encuentra que el principal factor de esta patología es las ITU y las Infecciones Vaginales. (22-24-25-26).

### CUADRO 3

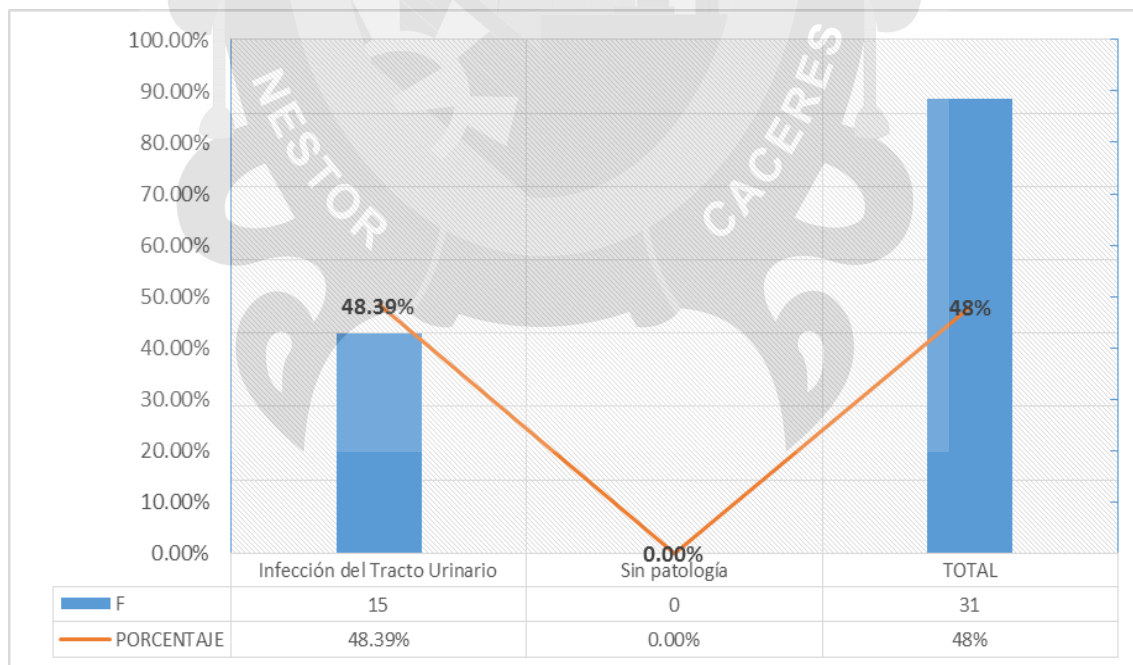
#### INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA

INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	F	PORCENTAJE
Infección del Tracto Urinario	15	48.39%
Sin patología	0	0.00%
TOTAL	31	48%

Fuente: Registro de Referencias - H.C. Archivo - C.S. Zamácola

### GRÁFICO 3

#### INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA



Respecto al cuadro y gráfico **3**, se observa que las gestantes con RPM que acudieron a tópico de sala de partos del servicio de obstetricia del Centro de Salud Zamácola en el primer trimestre del año 2017 fueron en su totalidad 31 pacientes, de las cuales 10 presentaron Infección del Tracto urinario, que representa el 32,26%. Coincidiendo con el factor de Flujo vaginal y ambas patologías 32.26%. Sin patología solo 1, que representa el 3%.

Este resultado es mayor al encontrado en Chile en el estudio Riesgos Obstétricos y Perinatales realizado por Díaz y Colaboradores en 2002 que fue de 20%. (20). Y es menos que el encontrado por Salazar Navarro, donde ITU fue de un 40% , infecciones vaginales 34% en "Factores de Riesgo Asociados a RPM" , Nicaragua 2014.(21). Lo que corrobora Lugones Botell y Ramírez Bermúdez en "Rotura Prematura de Membranas, Atención Primaria de Salud". Cuba 2010. Donde encuentra que el principal factor de esta patología es las ITU y las Infecciones Vaginales. (22-24-25-26).

## CUADRO 4

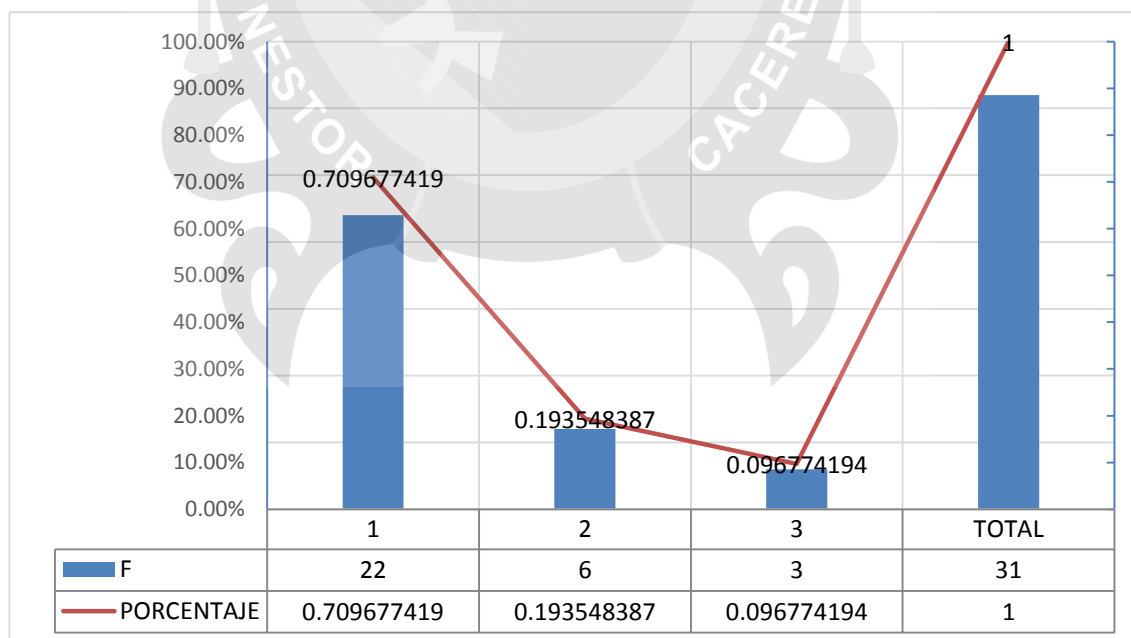
### TACTOS VAGINALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA

NRO. VISITAS - TACTOS VAGINALES	F	PORCENTAJE
1	22	70.97%
2	6	19.35%
3	3	9.68%
TOTAL	31	100%

Fuente: Registro de Referencias - H.C. C.S. Zamácola

## GRÁFICO 4

### TACTOS VAGINALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA



Respecto al **cuadro y gráfico 4**, como factor predisponente a que luego de reiteradas visitas para ser evaluadas las pacientes al percibir cualquier sensación extraña a su gestación, realizan visitas frecuentes sin tener las características de inicio de trabajo de parto. Se observa que 22 gestantes tuvieron 1 tacto a tópico del centro obstétrico, para ser evaluadas si estaban en trabajo de parto y se les examinó mediante un tacto vaginal lo que hace un 70.97%. 6 gestantes acudieron 2 veces para ser examinadas lo que hace un 19.35% y 3 gestantes volvieron por tercera vez lo que hace un 9.68%. De 31 pacientes evaluadas.

Lo que indica que el número de veces que acudieron para ser evaluadas con tacto vaginal para ver si estaban en inicio de trabajo de parto y terminaron con RPM. Siendo el porcentaje alto comparado por el encontrado por Lugones Botell en Cuba. 2014 donde solo el 3% fue uno de los factores que contribuyen como traumatismo externo, al tacto vaginal. (22).



## CUADRO 5

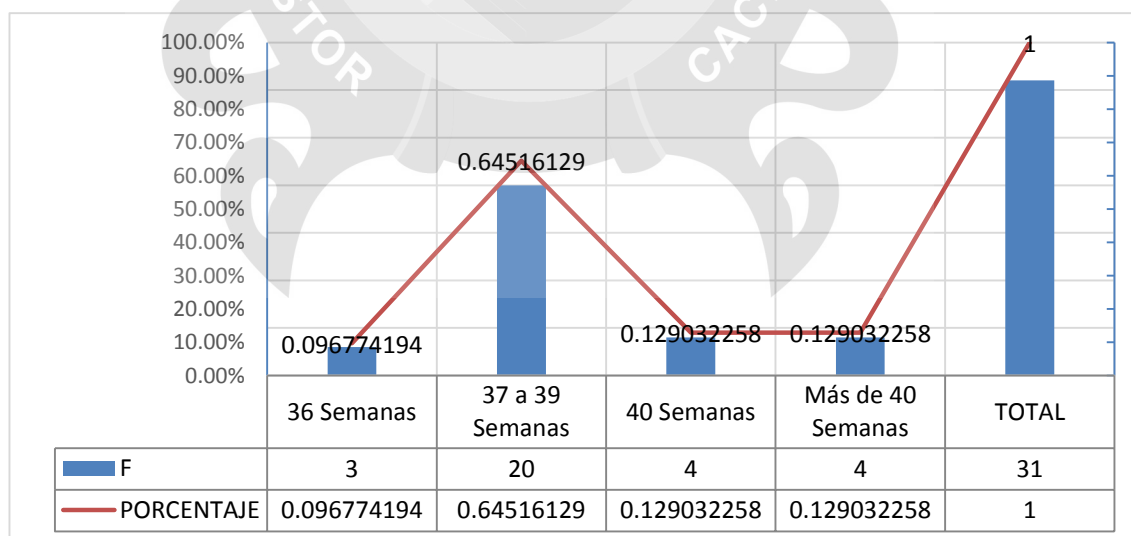
### TIEMPO DE GESTACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA

TIEMPO DE GESTACIÓN	F	PORCENTAJE
36 Semanas	3	9.68%
37 a 39 Semanas	20	64.52%
40 Semanas	4	12.90%
Más de 40 Semanas	4	12.90%
TOTAL	31	100%

Fuente: Registro Referencias - H.C. Pacientes - Servicio de Obstetricia - C.S. Zamácola

## GRÁFICO 5

### TIEMPO DE GESTACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA



Respecto al cuadro y gráfico 5, se observa que 9.68% que son 3 gestantes de 36 semanas. De 37 a 39 semanas 20 gestantes que representa el 64.52%, de este total, 3.23% que representa a 1 gestante de 37 semanas. 29.03%, lo que representa a 9 gestantes con 38 semanas. 32.26%, lo que representa a 10 gestantes con 39 semanas. 12.90%, que representa a 4 gestantes de 40 semanas y 12.90%, que representa a 4 gestantes de más de 40 semanas.

Siendo el mayor porcentaje las gestantes de 37 a 39 semanas de gestación las que acudieron presentando ruptura prematura de membranas al tópico del Centro Obstétrico del Centro de Salud Zamácola. Lo cual es similar al encontrado por Cifuentes. Colombia 2007. (10). Pero alto al encontrado en Europa 5 al 9%. Y en EEUU 12% por Vigil de García en "ruptura prematura de membranas" FLASOG. 2011. (27).

## CUADRO 6

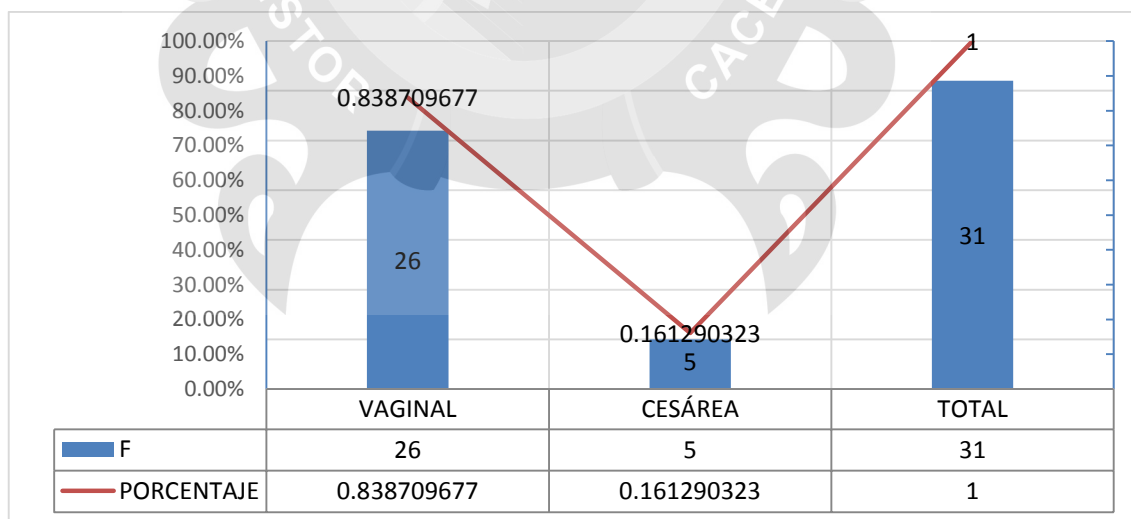
### VIA DE TERMINACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA

TERMINACIÓN	F	PORCENTAJE
VAGINAL	26	83.87%
CESÁREA	5	16.13%
TOTAL	31	100%

Fuente: Registro Referencias - H.C. C.S. Zamácola

## GRÁFICO 6

### VIA DE TERMINACIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA



En el cuadro y gráfico 6, Se observa que el 83.87% tuvo parto vaginal; en el seguimiento se encontró que el 12.90% que representa a 4 gestantes, tuvo parto espontaneo en nuestro centro obstétrico del centro de salud, llegaron al servicio en trabajo de parto y no fueron referidas. El 70.97% que representa a 22 gestantes, no estaban en trabajo de parto; fueron referidas oportunamente a un centro de mayor complejidad FONE. (28). El 16.13%, que representa a 5 gestantes referidas, se encontró en el seguimiento que la vía de nacimiento fue cesárea. (29).

En el estudio de Cifuentes. Ruptura prematura de membranas. Colombia. 2007. Encontró RPM en embarazos a término en un 8% con iniciación de trabajo de parto. En varios estudios con manejo expectante de RPM, casi la mitad tuvieron sus partos en las primeras 5 horas después de la ruptura y el 95% dieron parto eutócico en las primeras 28 horas. El riesgo más significativo después de la RPM a término es el de una infección intrauterina. Este riesgo aumenta progresivamente con la duración del periodo latente después de la RPM. (10).

La inducción del trabajo previene la infección neonatal y materna que se puede adquirir durante los largos periodos de latencia entre la RPM y el nacimiento. Cuando la RPM se maneja de forma expectante en un embarazo a término, el trabajo de parto se inicia espontáneamente a las 12 horas, en el 50% de las pacientes, a las 24 horas, en el 70%, a las 48 horas, en el 85% y a las 72 horas, en el 95% (Johnson et al, 1997). (30). La inducción con el cuello uterino desfavorable aumenta el riesgo de cesárea y también de corioamnionitis. Actualmente, se prefiere la inducción con prostaglandinas.

## CONCLUSIONES

- Primera:** Los factores que influyen la ruptura prematura de membranas en las gestantes en el Centro de salud Zamácola son: edad de 19 a 29 años con un 67.74%, el Flujo Vaginal con 48.39%, Infección del Tracto Urinario 48.39%. El tacto vaginal no fue un factor determinante para ruptura prematura de membranas.
- Segunda:** El factor sociodemográfico que influye en la ruptura prematura de membranas en este estudio de investigación es la edad con 67.74% entre los 19 a 29 años.
- Tercera:** El factor obstétrico de tacto vaginal reiterado sin trabajo de parto, en el estudio realizado; no determinó RPM. Se obtuvo 70.97% con un tacto vaginal.
- Cuarta:** Los factores de tipo Ginecológico que ocasionaron ruptura prematura de membranas en el presente trabajo, son Flujo Vaginal 48.39%. Las Infecciones del Tracto Urinario 48.39%.
- Quinta:** En esta investigación se ha encontrado que existe asociación entre la ruptura prematura de membranas y parto antes de las 40 semanas con 74.2%. La vía de terminación del embarazo más frecuente fue la vaginal con un 83.87%.



## RECOMENDACIONES

- Primera:** El servicio de obstetricia deberá trabajar intensamente con la población vulnerable a través del conocimiento, prevención y cuidado adecuado cuando se le diagnostique flujo vaginal, infección urinaria y con mayor razón si se presenta ambas patologías y hacer el seguimiento adecuado para el cumplimiento del tratamiento.
- Segunda:** La responsable de promoción de la salud junto con el servicio de Obstetricia tendrán que buscar las estrategias adecuadas para concientizar, con especial énfasis en el grupo etario de 19 a 29 años, sobre la salud e higiene en salud sexual y reproductiva adecuada y optimo control pre concepcional y prenatal. Así como la captación oportuna de las gestantes en el primer trimestre de la gestación para un diagnóstico oportuno y eficaz.
- Tercera:** Las obstetras de la Microrred Zamácola mediante la psicoprofilaxis deben empoderar a las gestantes sobre cuando acudir a parto. Para evitar tactos vaginales repetitivos. Si bien es cierto en el presente trabajo no fue un factor determinante (por las medidas de asepsia que se utiliza para este procedimiento en el Centro de Salud Zamácola).
- Cuarta:** Coordinar con el servicio de Medicina y Ginecología para que se brinde un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz de los flujos vaginales y las infecciones de tracto urinario, complementadas con seguimiento por parte del servicio de Obstetricia.



**Quinta:** Con el apoyo de la jefatura y del equipo de salud lograr que la población en general, de la Microrred Zamácola, tenga la certeza que toda factor adverso encontrado con un adecuado control prenatal debe ser tratado y controlado para llegar a completar las 40 semanas de gestación con un producto de la concepción en óptimas condiciones y una madre adecuadamente preparada para una exitosa maternidad y familia satisfecha y saludable.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara .Pacheco J. Ginecología obstétrica rotura prematura de membranas. 2da. edición. REPSAC. 2014. Pag.1239.
2. Muñoz. Azmaran. Hospital Cayetano Heredia. Dpto. Revista Ginecológica Obst. 2010. Página 56.
3. Guía Clínica de la Federación Latinoamericana de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, FLASOG. 2011. Guía Nro1.
4. Banco de Información Científico – Medica. EC 1.1. Pag.13.
5. Cervillo N. Obstetricia moderna. ruptura prematura de membranas. Capítulo 23. Pag.298.
6. Vera Urdapilleta C. Congreso de Ginecología y Obstetricia. Ruptura prematura de membranas. Pág. 109. Pág. 112.
7. Jeffcoat MK. Ruptura prematura de membranas. 2003. Pag.74.
8. Cunninham FG. Publicación Médica. Edición New York. 2005 Pag.22
9. Revista Médica Centro Americana LXXI (613) 719-723, 2014
10. Cifuentes R. MD. Ruptura prematura de membranas. ACOG. Comité del Boletín de Obstetricia Nro. 80. Volumen 2. Numero 2 Julio –Diciembre 2007. Colombia. Disponible en: [www.cifuentesmd@sbcglobal.net](http://www.cifuentesmd@sbcglobal.net).
11. MINSA. Región de Salud Arequipa. Boletín Nro.1 Día Internacional de la Mujer. Homenaje a Obstetra Maritza Campos Díaz. 8 de Marzo 1996.
12. Zurita Martínez A. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Segunda Especialidad Alto Riesgo Obstétrico. Modulo Parto de Alto Riesgo. 2015. Pág. 27.

13. Jinchuña Quispe G. Obst. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Segunda Especialidad Alto Riesgo Obstétrico. Modulo Epidemiologia. Capítulo 8 Riesgo. 2015 Pág. 1.
14. Hallasi Bueno E. Obst. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Alto riesgo y emergencias obstétricas. 2015. Pág. 1
15. MINSA. Guías Nacionales de Atención de Salud Sexual y Reproductiva. Módulo III Atención de Emergencias Obstétricas. 2004 Pág. 29.
16. MINSA. Guías Nacionales de Atención de salud Sexual y Reproductiva. Modulo VI. Bioseguridad. 2004 Pag.1
17. MINSA. Curso Taller. Fortalecimiento de capacidades para la atención de emergencias obstétricas según capacidad resolutive. 2013. Módulo 6 Pág. 66.
18. Chamy V., Cardemil F., Betancour P. Rios M., Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Ch. Obstet. Ginecol. V. 74 N.6 Santiago 2009: 331-338.  
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.4067/SO717-75262009000600003>
19. Díaz A., Sanhueza P., Yaksic Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales con Pacientes Embarazadas Adultas. Rev. Ch. Obstet. Ginecol. 2002,67(6): 481-487.  
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.4067/SO717-75262002000600009>
20. Chelala C: Conocimiento de las embarazadas adolescentes en Campo Verde. Lancet 2000; 355: 128.  
Disponibile en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009//&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009//&script=sci_arttex).

21. Salazar Navarro., Gliban y Arrostequi. Factores de riesgo asociados a RPM. Nicaragua 2014.
22. Lugones Botell M., Ramírez Bermúdez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr v. 26 n.4 Ciudad de la Habana oct-dic.2010.
23. Gibbss SR., Rotura de Membranas. En: Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9na ed. México: Mc Graw Hill; 2005. P. 201-12.
24. Lugones Botell M. Rotura prematura de membranas. Rev.16 de abril. 1992; 178:23-8.
25. Corrales A, Hernández D. Rotura prematura de membranas. En: Rigol RO. Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros texto/libro de ginecología y obstetricia/índice p.htm> Consultado 20 de julio del 2017.
26. Guías Diagnosticas de Ginecología y Obstetricia. ruptura prematura de membranas. Disponible en:  
<http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area medica/gineco/06ruptura prematura.pdf>. Consultado 21 de julio del 2017.
27. Guía Clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. FLASOG: 2011, Guía Nro. 1.
28. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva: Lima. Ministerio de Salud, 2004. Módulo III Atención de Emergencias Obstétricas. Pág. 2



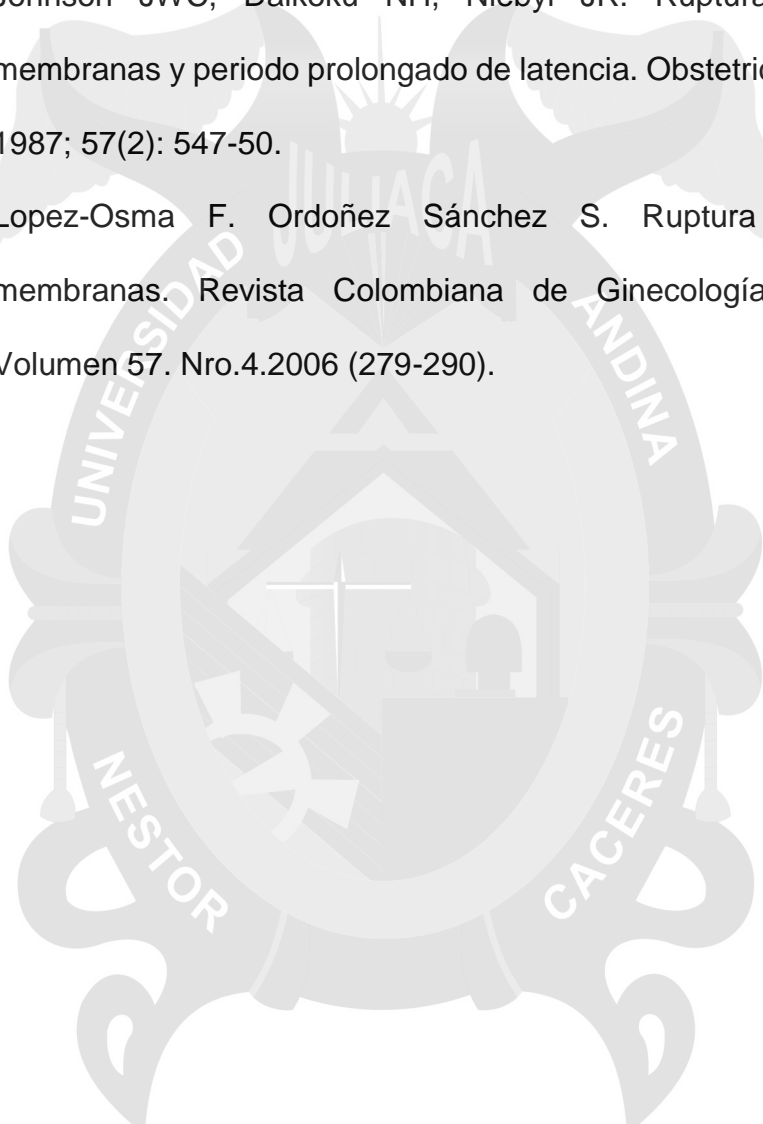


29. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal

Nro. 106. MINSA/DGSP-V.01. Resolución Ministerial Nro. 828-2013/MINSA. Factores de Riesgo Neonatal. Pág. 25

30. Johnson JWC, Daikoku NH, Niebyl JR. Ruptura prematura de membranas y periodo prolongado de latencia. Obstetricia y Ginecología 1987; 57(2): 547-50.

31. Lopez-Osma F. Ordoñez Sánchez S. Ruptura prematura de membranas. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Volumen 57. Nro.4.2006 (279-290).





# ANEXOS

**ANEXO 1****FICHA DE RECOLECCION DE DATOS****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE RPM EN LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ZAMÁCOLA- PRIMER TRIMESTRE 2017**

Nro. Historia Clínica:

**I. Grupo Etáreo: Edad:**

1. Menor de 18 años: ( )
2. 19 a 29 años: ( )
3. Mayor de 30 años: ( )

**II. Antecedentes en la Gestación:**

1. Flujo Vaginal: si ( ) no ( ) tratamiento ( ) cumplió ( )
2. Infección del tracto Urinario: si ( ) no ( ) tratamiento ( ) cumplió ( )

**III. Tiempo de Gestación con ruptura prematura de membranas:**

1. 36 semanas: ( )
2. 37 a 39 semanas: ( )
3. 40 semanas : ( )
4. Más de 40 semanas: ( )

**IV. Antecedentes en Pre parto**

1. Tactos Vaginales: Nro. De visitas a C. Obstétrico en pródromos:

**V. Vía del Parto**

1. Parto espontaneo: Institucional ( ) Domiciliario ( )
2. Parto Inducido: ( )
3. Cesárea: ( )



## ANEXO 2

### NRO. DE HISTORIAS CLINICAS EVALUADAS

HISTORIAS CLÍNICAS EVALUADAS
76181
200433
203220
203900
204339
205286
82240
159192
172919
203015
203887
203995
62550
206659
146459
169115
203372
203568
204916
204688
205129
140349
164628
202928
203919
203902
204616
206426
126595
164234
203299



## **ANEXO 3**

### **MATRIZ DE DATOS**

MATRIZ DE DATOS						
Nº	HCL	EDAD	ANTECEDENTES	EDAD GESTACIONAL	TACTOS	PARTO
1	206659	26	FLUJO VAGINAL	39	1	ESPONTANEO
2	205129	22	FLUJO VAGINAL	40	1	INDUCIDO
3	206426	25	FLUJO VAGINAL	38	1	INDUCIDO
4	205286	26	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	42	1	INDUCIDO
5	204916	22	FLUJO VAGINAL	41	1	INDUCIDO
6	204688	35	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	39	2	INDUCIDO
7	20461	19	FLUJO VAGINAL	39	1	INDUCIDO
8	204339	25	ITU - FLUJO VAGINAL	38	2	INDUCIDO
9	203995	30	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	40	2	INDUCIDO
10	203919	21	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	40	1	INDUCIDO
11	203902	18	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	38	1	INDUCIDO
12	203900	19	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	40	1	INDUCIDO
13	203887	21	FLUJO VAGINAL	38	1	INDUCIDO
14	203568	16	FLUJO VAGINAL	40	2	CESAREA
15	203299	20	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	36	1	CESAREA
16	203220	16	ITU - FLUJO VAGINAL	36	1	INDUCIDO
17	203015	31	ITU - FLUJO VAGINAL	38	1	INDUCIDO
18	203372	20	FLUJO VAGINAL	40	1	INDUCIDO
19	202928	23	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	38	1	ESPONTANEO
20	200433	20	FLUJO VAGINAL	36	1	INDUCIDO
21	172919	27	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	39	1	ESPONTANEO
22	169115	34	ITU - FLUJO VAGINAL	38	1	INDUCIDO
23	164628	20	ITU - FLUJO VAGINAL	37	3	INDUCIDO
24	164234	21	ITU - FLUJO VAGINAL	38	1	CESAREA
25	159192	25	ITU - FLUJO VAGINAL	42	1	CESAREA
26	146459	19	ITU - FLUJO VAGINAL	36	1	INDUCIDO
27	140349	25	FLUJO VAGINAL	39	1	INDUCIDO
28	126595	35	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	39	1	INDUCIDO
29	89240	29	SIN PATOLOGIA	39	1	ESPONTANEO
30	76181	30	ITU - FLUJO VAGINAL	39	2	CESAREA
31	62550	18	ITU - FLUJO VAGINAL	39	1	INDUCIDO



## ANEXO 4

### IMÁGENES

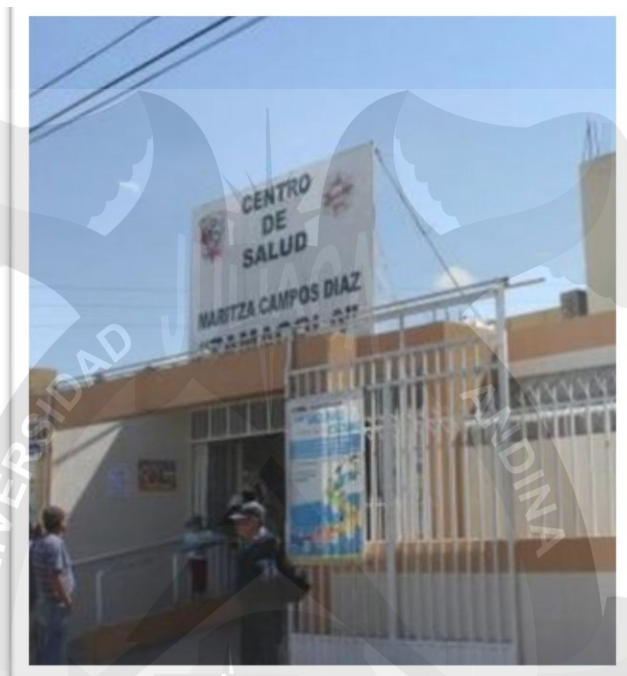


Imagen N°1: Centro de Salud Zamácola

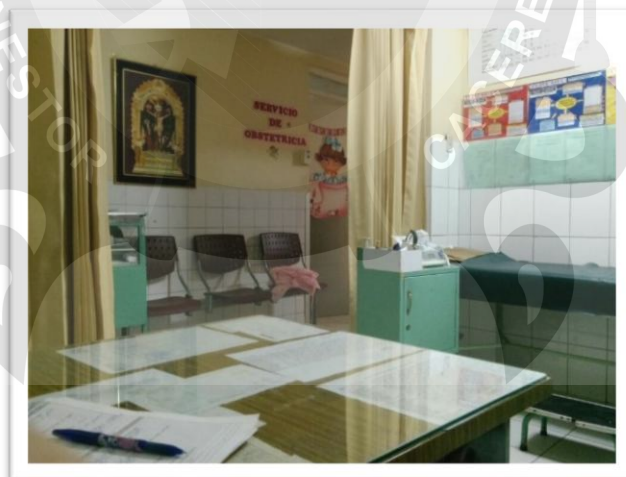


Imagen N°2: Tópico del Servicio de Obstetricia



**Imagen N°3: Coordinación de Referencias**



**Imagen N°4: Referencia Efectiva**



**Imagen N°5: Equipo de Salud**



**Imagen N°6: Seguimiento Visita Domiciliaria**





**Imagen N°7: Visita Domiciliaria**



**Imagen N°8: Familia Feliz**



Imagen N°9: Recién Nacido



Imagen N°10: Próximo Hospital